

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 24

De l'IRITIS CONSÉCUTIVE

aux

SINUSITES POSTÉRIEURES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DUCOURAU

né à BAYONNE (Basses-Pyrénées) le 25 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

DE L'IRITIS CONSECUTIVE AUX SINUSITES
POSTERIEURES

De l'IRITIS CONSÉCUTIVE

aux

SINUSITES POSTÉRIEURES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DUCOURAU

né à BAYONNE (Basses-Pyrénées) le 25 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; PIERY, assesseur

SANTY et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,

*Professeur de la Clinique Ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur*

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Sa bibliothèque mise à notre disposition a grandement facilité nos recherches.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive reconnaissance.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A TOUS MES MAÎTRES DE BORDEAUX ET DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE

DE L'IRITIS CONSECUTIVE AUX SINUSITES POSTERIEURES

Introduction

L'œil réagit comme tout autre organe sous l'influence d'une infection localisée de voisinage; il y a lieu d'établir une relation de cause à effet, entre l'affection initiale et la manifestation oculaire.

Nous devons aussi nous préoccuper de cette localisation spéciale sur le globe oculaire; d'où vient qu'au cours des sinusites postérieures l'iris soit parfois le siège d'inflammation ? Nous savons la susceptibilité du tractus uvéal à s'enflammer sous l'influence de la moindre cause, là donc le microbe et sa toxine trouveront un terrain tout préparé.

La voie sanguine dans ce processus est le chemin direct par lequel le microbe gagne les régions oculaires et la richesse vasculaire du tractus uvéal lui fera de cette zone un lieu d'élection pour son développement.

Il ne faut pas oublier non plus que cette région est un *locus minoris resistentiæ*, toujours prêt à s'enflammer, à réagir, et que la localisation en ce lieu des mi-

crobes pathogènes s'effectue pour la même raison que les bacilles tuberculeux se localisent sur les épiphyses des os.

Ces faits sont peut-être trop souvent méconnus, non à cause d'un examen trop superficiel de la part du clinicien, mais parce que les sinusites postérieures présentent souvent une symptomatologie très insuffisante et passent trop facilement inaperçues.

Nous avons voulu attirer l'attention sur ces faits, qui n'ont pas la prétention d'être nouveaux, puisque Ziem les a, le premier, signalés; ils montrent bien la nécessité d'une coopération étroite entre la rhinologie et l'ophtalmologie.

M. le Professeur Rollet, qui nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet de notre thèse, nous a guidé de ses conseils .

Il a mis à notre disposition, très aimablement, les ressources de sa riche bibliothèque; nous avons suivi son enseignement clinique avec le plus vif intérêt; nous le prions de vouloir bien agréer ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

Nous ne saurions oublier les Docteurs Colrat et Sargnon dont l'amicale bienveillance et les conseils ne nous firent jamais défaut.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Ziem a, le premier, montré que certaines iritis sont consécutives à un empyème de l'antre d'Highmore.

Il rapporte, en 1886 et 1887, plusieurs observations dans les *Annales des Maladies de l'Oreille*, et il écrivait alors : « Dans dix ans, on ne pourra plus faire d'ophtalmologie sans rhinologie; les deux tiers des affections oculaires ont leur origine dans une rhinopathie méconnue. »

En 1888, Weichelsbaum appelle l'attention des médecins sur les troubles de la vue au cours des sinusites.

En 1890, paraissait l'ouvrage de Schœffer sur le même sujet.

En 1891, à Paris, la thèse de Kaplan « Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intracrânienne et orbitaire ».

C'est en 1893 que Fromaget publie une observation

d'un cas à peu près semblable à ceux déjà publiés par Ziem.

Il est à remarquer que les chorio-rétinites sont souvent concomitantes aux iritis et les cas d'observations d'iritis isolées au cours des lésions naso-sinusiennes sont assez rares. Il convient de rappeler les cas de Fage et de Berger, par suppurations des fosses nasales.

La question prend un nouvel essor sous l'influence, en 1902, des travaux du Professeur de Lapersonne, sur les complications orbito-oculaires des sinusites; il demande qu'on soupçonne et qu'on examine le sinus sphénoïdal dans les cas d'accidents oculaires d'origine indéterminée, et qu'on attribue trop souvent à des actions réflexes.

En 1903, Moure insiste sur l'étude des troubles oculaires dans l'étude clinique de la sinusite sphénoïdale.

En 1905, paraît la thèse de Moreau, inspirée par le Professeur Rollet : « Sur les manifestations orbito-oculaires de la sinusite sphénoïdale ».

Le Professeur Rollet, lui-même, fait alors paraître, en 1908, dans l'*Encyclopédie Française d'Ophthalmologie*, une mise au point sur les sinusites péri-orbitaires.

Jusqu'à cette époque, on n'avait guère envisagé que des cas de sinusites franchement suppurées. Mais l'attention va se porter maintenant plus particulièrement sur les formes latentes des sinusites sphénoethmoïdales, dites sinusites catarrhales sans pus. L'exploration des fosses nasales et des sinus postérieurs va être poussée plus à fond. La radiographie lui apportera un précieux concours.

Ces faits sont alors étudiés par Lemaître, dans son rapport de 1922 à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, sur les complications orbito-oculaires des sinusites.

Canuyt et Velter, dans leur communication de 1924 présentée à la Société Neuro-Oculistique de Strasbourg, en ont discuté les signes et la pathogénie.

La même année, deux auteurs américains, Allen et Morgan, rapportent deux observations d'iritis consécutives à des sinusites postérieures.

Tels sont les faits les plus connus. Il existe un certain nombre de cas douteux dans la littérature; nous n'utiliserons, dans cette étude, que ceux qui ne peuvent donner prise à aucune critique.

CHAPITRE II

Notions d'Anatomie

Rapports vasculaires entre le globe oculaire et les sinus

VASCULARISATION DU GLOBE OCULAIRE

L'artère ophtalmique se détache de l'artère carotide interne au niveau de l'apophyse clinéoïde antérieure. Mais les anomalies d'origine sont assez fréquentes. Elle se dirige vers l'orifice cranien du canal optique, parcourt le canal dans toute son étendue et débouche dans l'orbite par le trou optique.

L'artère ophtalmique fournit un grand nombre de branches, que l'on peut diviser selon Cruveilhier en 3 catégories :

1° Celles qui sont destinées au globe, artères rétiennes, ciliaires courtes ou choroïdiennes, ciliaires moyennes ou longues et ciliaires antérieures.

2° Celles qui se distribuent aux parties contenues dans la cavité orbitaire : artères lacrymales et musculaires.

3° Celles qui sont extérieures à la cavité orbitaire: artères palpébrales, sus-orbitaires, nasale, frontale et ethmoïdale.

Le sang veineux de l'œil est repris par les deux veines ophtalmiques supérieure et inférieure, réunies au fond de la cavité orbitaire en un tronc unique qui va se déverser dans le sinus caverneux.

La *veine ophtalmique supérieure*, naît de l'angle interne de l'œil par la confluence de rameaux provenant des paupières, du front, du nez et des voies lacrymales. Le tronc, ainsi formé, pénètre dans l'œil avec l'artère frontale; elle gagne la fente sphénoïdale et, dans ce trajet, reçoit les deux veines ethmoïdales antérieure et postérieure, les veines vorticineuses supérieures, un rameau provenant de la glande lacrymale et enfin, quelquefois, la veine centrale de la rétine. Elle pénètre dans le crâne par l'extrémité supérieure de la fente sphénoïdale et va s'aboucher dans le sinus caverneux.

La *veine ophtalmique inférieure*, moins développée que la supérieure, suit le plancher de l'orbite depuis l'angle externe de l'œil jusqu'à la partie supérieure de la fente sphénoïdale. Elle recueille le sang des veines lacrymales, vorticineuses inférieures, musculaires et zygomatiques. Le tronc ainsi formé pénètre dans le crâne également par l'extrémité supérieure de la fente sphénoïdale, se réunit à l'ophtalmique supérieure ou bien se déverse isolément dans le sinus caverneux.

Anastomoses veineuses du canal optique.

Niées par certains auteurs, elles ont été retrouvées

récemment par Gaillard et J. Rollet, et doivent être considérées comme pouvant réunir la circulation veineuse de la muqueuse des sinus postérieurs à celle des gaines du nerf optique.

Ces auteurs décrivent :

1° Une veine apportant le sang de la muqueuse du sinus sphénoïdal à la veine ethmoïdale postérieure, puis à la veine ophtalmique supérieure unissant, par conséquent la circulation antrale à la circulation orbitaire.

2° Un rameau se jetant dans l'ethmoïdale postérieure, un peu avant son embouchure dans l'ophtalmique, rameau récurrent se perdant dans la gaine durale du nerf optique.

3° De petites veinules unissant la muqueuse sphénoïdale avec la gaine durale du nerf optique, par les foramina du canal optique.

Aucune communication *lymphatique* directe n'a encore été établie entre la muqueuse des sinus postérieurs et la gaine du nerf optique.

Il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques dans le nerf optique.

Il faut voir, dans ces relations vasculaires veineuses optico-sphénoïdales, l'explication anatomique des manifestations oculaires de certaines infections de l'antra sphénoïdal.

VASCULARISATION DU SINUS SPHÉNOÏDAL

L'irrigation du sinus sphénoïdal est assurée par des branches artérielles de la sphéno-palatine de la vi-dienne et de la ptérygo-palatine.

La *sphéno-palatine*, branche terminale de la maxillaire interne, pénètre dans les fosses nasales au niveau du trou sphéno-palatin.

A ce niveau, elle se partage en deux troncs, les sphéno-palatines interne et externe. La branche interne se porte sur la cloison nasale qu'elle couvre d'abondantes ramifications, la branche externe va irriguer les cornets et les méats; elle s'y répand en un riche réseau qui va s'épuiser dans la muqueuse pituitaire.

La muqueuse de l'antre sphénoïdal, prolongement de la muqueuse pituitaire, entraîne avec elle ses vaisseaux; les deux sphéno-palatines interne et externe vont ainsi fournir à la muqueuse du sinus, de petits rameaux artériels qui vont irriguer toute la cavité.

L'artère *vidienne* et l'artère *ptérygo-palatine* vont s'engager respectivement dans les canaux de même nom qui pourront venir faire saillie dans la cavité centrale, protégés par une faible paroi, traversée par de petits rameaux artériels.

Ces rameaux viendront irriguer le plancher de l'antre.

Les veines du sinus sphénoïdal empruntent, comme les artères, l'orifice naturel pour gagner la fosse ptérygo-maxillaire et se déverser dans les veines maxillaires internes.

D'autre part, de nombreux rameaux perforent directement la paroi externe de l'os pour se jeter dans le sinus caverneux ou dans le sinus coronaire.

VASCULARISATION DU SINUS ETHMOÏDAL

L'artère *sphéno-palatine externe*, née un peu au-

dessus de la queue du cornet moyen, émet, dès son origine, deux rameaux à direction antéro-postérieure. Mais il est à noter que le recessus ethmoïdo-sphénoïdal est irrigué par une collatérale de l'artère *sphéno-palatine interne* qui se détache tout près de l'origine du tronc principal.

L'artère *ethmoïdale postérieure*, branche de l'ophtalmique, atteint la lame criblée par l'intermédiaire du trou orbitaire interne et se partage en rameaux ascendants ou méningiens et descendants ou nasaux; les premiers se distribuent dans la dure-mère, les seconds traversent la lame criblée, pénètrent dans les fosses nasales et viennent se distribuer dans les régions supérieures et postérieures de la pituitaire; quelques rameaux s'anastomosent avec la branche supérieure de la sphéno-palatine pour couvrir la lame perpendiculaire.

Les *veines* suivent le même trajet que les artères. Elles constituent une voie efférente principale du système caverneux; quelques-unes traversent le trou sphéno-palatin, pour se déverser dans les plexus ptérygoïdiens, mais la majeure partie du sang, issu de la muqueuse du labyrinthe ethmoïdal, est tributaire de l'ophtalmique.

CHAPITRE III

Etiologie

En 1899, Lichwitz, comparant la fréquence des empyèmes des cavités accessoires nasales sur le vivant et sur le cadavre, obtient les résultats suivants :

Sur 915 autopsies :

Sinusites maxillaires	400
Sinusites ethmoïdales	200
Sinusites frontales	169
Sinusites sphénoïdales	146

Chez le vivant, sur 12.000 malades, on constate 238 sinusites dont 123 maxillaires et 46 sphénoïdales.

Il est vraisemblable de penser que beaucoup d'affections sinusiennes passent inaperçues; il faut admettre, en somme, que les sinusites sphénoïdales seraient constatées fréquemment à l'autopsie; cliniquement, elles sont cependant rarement diagnostiquées.

Non seulement les sinus postérieurs sont souvent

atteints mais encore l'infection tend ici à passer aisément à la chronicité.

Canuyt, dans son rapport à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, en établit ainsi qu'il suit les causes favorisantes :

a) L'ostium est haut placé, nettement au-dessus du plancher du sinus; seules certaines positions permettront l'écoulement des sécrétions ;

b) La paroi inférieure s'incline en bas et en arrière: stagnation dans les régions postérieures ;

c) La paroi inférieure est particulièrement irrégulière, elle est souvent cloisonnée;

d) L'ostium membraneux est étroit, il s'obstrue facilement.

Ces faits ont été également exposés par le Professeur Rollet, dans sa mise au point sur les sinusites péri-orbitaires.

Il faut ajouter également certains facteurs qui s'opposent à la libre aération de l'antre; si les sinus ne sont pas convenablement aérés, ils constituent une chambre close humide où cultiveront les bactéries.

C'est ainsi qu'interviennent chez certains sujets l'obstruction des fosses nasales par un **cornet** moyen déformé, hypertrophié, ou par une déviation haute de la cloison.

On comprend, dès lors, que l'infection persiste souvent dans le sphénoïde ou dans l'ethmoïde alors que les autres sinus, malades en même temps, sont guéris. Dans les cavités sphéno-ethmoïdales, l'infection est éteinte difficilement ou, tout au moins, sujette à des rechûtes.

Sinusites Ethmoïdales

On peut reconnaître aux empyèmes des cellules ethmoïdales deux formes cliniques : empyème aigu et empyème chronique. Mais le fait principal consiste en l'ouverture ou la fermeture de la cavité sinusienne.

Dans l'empyème ouvert, l'évacuation purulente se fait sans obstacle; elle est cependant, lors de chronicité, entrecoupée de rétention d'intensité variable. La forme franchement aiguë est rare, le plus souvent l'empyème libre s'installe à la façon des sinusites maxillo-frontales, c'est-à-dire d'emblée chronique. Le sujet mouche du pus ou le crache, selon qu'il s'agit d'une ethmoïdite antérieure ou postérieure, mais cette distinction symptomatique n'a rien d'absolu.

La quantité de l'écoulement, l'état croûteux du pus n'ont rien de caractéristique.

La douleur est variable d'intensité et de localisation; quelques sujets accusent, outre une sensation d'obstruction nasale quelques troubles de l'odorat, une anosmie plus ou moins marquée ou des sensations ozémateuses; Hajeck, par la présence de ce trouble subjectif, en déduit une localisation probable du processus sur le labyrinthe ethmoïdal postérieur.

Entre l'empyème ouvert et l'empyème fermé, il existe cliniquement une série de cas où l'obturation est plus ou moins complète. C'est ainsi qu'un empyème libre peut, en raison de phénomènes congestifs du côté de la muqueuse, présenter des poussées d'accès de rétention. D'autres fois, il s'agit d'ethmoï-

dites anciennes s'accompagnant de formations polypeuses qui obturent partiellement les voies d'excrétion du pus. Beaucoup d'empyèmes ouverts au début sont à canal fermé dans la suite ; les malades, pendant plusieurs années parfois, mouchent ou crachent du pus, et, assez brusquement, la sécrétion tarit ou diminue considérablement.

Très souvent existe, en même temps, de la rhinite hypertrophique avec productions polypeuses. Plus rarement, en raison de l'aspect d'une rhinite atrophique, on porte le diagnostic d'ozène, oubliant la participation de l'ethmoïde infecté.

Il n'existe pas de fait probant d'iritis consécutive à une ethmoïdite pure. On ne peut, d'ailleurs, chercher à isoler les cellulites ethmoïdales antérieures des sinusites frontales et les ethmoïdites postérieures des sphénoïdites.

Cependant, le maximum des lésions paraissent bien être localisées au niveau des cellules ethmoïdales dans un certain nombre de choroïdites à évolution aiguë ; Brandes, Duverger et Lampert Coppez ont vu des choroïdites aiguës sans participation de l'iris. Dans le cas que nous rapportons plus loin, l'atteinte avait porté simultanément sur l'iris et la chorio-rétine.

Il est intéressant de noter que, dans tous ces faits, la sinusite ethmoïdale était assez atténuée pour que l'on puisse parler de formes latentes.

Sinusites Sphénoïdales

La sinusite sphénoïdale, comme les autres sinusites, revêt la forme aiguë ou la forme chronique.

La forme aiguë apparaît le plus souvent au cours d'un coryza aigu, plus souvent à son déclin ou quelques septenaires après.

Elle se manifeste par des douleurs très vives et Killian a insisté sur la valeur clinique de la localisation de la douleur, surtout rétro-oculaire, sans propulsion du globe.

A l'examen rhinoscopique, on voit, ainsi que l'indique Schœffer, la pituitaire rouge et tuméfiée comme dans le coryza aigu; la muqueuse de la face antérieure du sinus sphénoïdal hypertrophiée entre en contact avec la muqueuse de la queue du cornet moyen réalisant l'obstruction de la fente olfactive; un exsudat jaunâtre qui se reproduit rapidement après nettoyage occupe la fente olfactive; on peut voir également quelques traînées de pus dans le naso-pharynx. Dans la majorité des cas, il s'agit d'infection banale causée par le staphylocoque ou le streptocoque.

La sinusite sphénoïdale chronique peut s'installer d'emblée ou être consécutive à une sinusite chronique. C'est encore la céphalalgie que le malade accuse et parfois du vertige ou des manifestations hypocondriaques.

Le malade localise difficilement sa douleur qui peut revenir par accès. Il se plaint d'enchifrènement rebelle et rejette du muco-pus par la gorge dès son lever.

La stagnation des croûtes dans la gorge altère progressivement la muqueuse d'où fétidité de l'haleine. La fréquence de l'ozène a même fait penser que

l'odeur ozénateuse état symptomatique de lésions chroniques de la muqueuse sphénoïdale.

La suppuration se reconnaît sous forme d'exsudats solides; dans les cas anciens, on trouve des croûtes qui adhèrent au cornet moyen ou à la cloison et interceptent la fente olfactive au-dessus de laquelle s'accumule le pus. Le cornet moyen et la muqueuse du septum apparaissent hypertrophiées.

Dans le naso-pharynx, le pus s'étale en couches minces et se dessèche sous formes de croûtes et la muqueuse a les caractères de la pharyngite chronique. Le pourtour des choannes est rouge, irrégulier, tapissé de pus.

L'étude des sinusites sphénoïdales a permis de rattacher à leur véritable cause certaines iritis, mais c'est seulement la forme chronique que l'on a rencontré.

Dans le cas de Canuyt, l'iritis était bilatérale et chronique, et évoluait par poussées successives.

La trépanation consécutive des deux sinus arrêta définitivement l'évolution des lésions iriennes. La sinusite causale était là du type catarrhal non suppurée.

Notre observation concernant une malade de la clinique du Professeur Rollet a trait à une iritis séro-plastique unilatérale par sinusite sphénoïdale suppurée d'origine ozéneuse.

Lésions nasales

On connaît plusieurs observations d'iritis par lé-

sions nasales; celles que nous signalons ici ont été rapportées par Fage et Berger, à la Société d'Ophtalmologie, de 1895.

Dans le premier cas, il s'agissait d'ozène; dans le deuxième cas, de rhinite purulente survenue au cours d'une tumeur de fosses nasales. Il est probable qu'une sphénoïdite suppurée était associée à ces lésions que l'on retrouve également dans les observations que Robine a publiées dans sa thèse inspirée par le Professeur Rollet, sur les iritis d'origine nasale.

Le rôle que joue le canal nasal dans la pathogénie des affections lacrymales a été étudié dans la thèse de Bourdon, inspirée par le Professeur Rollet.

Il résulte de ce travail, que chez 115 personnes, atteintes d'affections lacrymales diverses, on ne trouva les fosses nasales normales que dans 12 % des cas; l'auteur rencontra comme affections des catarrhes chroniques 7 %, hypertrophiques 36 % ou atrophiques 10 % de la pituitaire.

L'ozène se rencontra dans la proportion de 10 %, la syphilis nasale de 5 %, les polypes du nez de 3 %.

D'autre part, le Professeur Rollet, examinant 36 cas de dacryocystite, est arrivé aux conclusions suivantes : il est des cas indubitables de lésions nasales évidentes qui sont la cause unique de l'infection des voies lacrymales.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Quatre théories ont été proposées pour expliquer les complications oculaires des sinusites :

Théorie nerveuse ou réflexe;

Théorie vasculaire ;

Théorie infectieuse ou métastatique ;

Théorie infectieuse de voisinage.

THÉORIE NERVEUSE. — Elle est soutenue par Berger et Hack.

D'après cette théorie, l'état d'irritation des terminaisons du trijumeau déterminerait des troubles oculaires qui seraient, en quelque sorte, causés par une névrose à déclenchement sinusique.

L'irritation des filets terminaux du trijumeau, qui se distribuent à la muqueuse des sinus, se transmettrait aux centres nerveux et de là pourrait réagir sur une autre branche du trijumeau en produisant des troubles dans le domaine de celui-ci.

Le trijumeau contient des fibres sensibles motrices, sécrétoires, ainsi que des fibres vaso-dilatatrices. On trouvera des troubles portant sur la sensibilité : douleur, picotement, sensation de gravier, photophobie ; des troubles sécrétoires : larmolement ; des troubles vaso-moteurs et nutritifs, hypérémie, kérato-conjonctivite.

Ces troubles oculaires ne se manifesteraient que chez des sujets prédisposés, nerveux ou neurasthéniques.

Cette théorie admet un mécanisme qui reste trop hypothétique pour pouvoir être admis actuellement.

Déjà, en 1895, Péchin s'était demandé si on ne pourrait pas expliquer l'iritis par une congestion d'ordre réflexe appelant une infection microbienne.

Panas et Parinaud n'acceptent cette théorie que pour expliquer les troubles fonctionnels passagers.

Elle ne peut d'ailleurs nous satisfaire complètement par le seul fait que, d'après Berger lui-même, elle ne s'applique qu'à une certaine catégorie de sujets prédisposés.

THÉORIE VASCULAIRE. — Elle est soutenue par Ziem, qui considère que beaucoup de troubles réflexes dépendent d'une congestion de la muqueuse et d'un obstacle apporté aux voies de la circulation de retour du sang dans l'orbite et le globe oculaire. Dans une suppuration, une obstruction nasale, il se produit une fluxion ou plutôt une stase collatérale cheminant des vaisseaux hyperémiés du nez vers l'intérieur du globe oculaire. Ce refoulement sanguin vers les veines du globe et de l'orbite se fera d'autant plus facilement,

que les procès ciliaires sont formés d'un tissu érectile et bien dilatable.

Que la stase ne s'y compense pas par une circulation collatérale, cela s'explique par ce fait que, avec l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons se trouve très amoindrie. Il faudra, par conséquent, supprimer le trouble nasal pour voir disparaître ou s'atténuer la complication oculaire.

Cette théorie qui peut, à la rigueur, être admise pour certains cas de lésions oculaires consécutives à des altérations nasales ne peut guère l'être lorsqu'il s'agit d'une sinusite maxillaire, ici pas de tissu érectile pouvant devenir turgide. Ces faits ont été établis déjà par M. le Professeur Rollet, dans sa mise au point sur les sinusites péri-orbitaires.

THÉORIE INFECTIEUSE OU MÉTASTATIQUE. — C'est la théorie soutenue par Dupuy, Dutemps et Brandes. Ces auteurs admettent l'existence d'une infection générale par voie sanguine.

La sinusite primitive déterminerait une septicémie avec atteinte secondaire du tractus uvéal; ou bien encore, un point de départ non sinusien déterminerait consécutivement une sinusite et une iritis simultanément.

Mais nous n'avons jamais constaté les signes habituels d'une infection sanguine, les malades que nous avons observés et ceux dont nous signalons l'observation sont des sujets qui circulent, ne sont pas gênés dans leurs occupations, ne présentent pas de température.

THÉORIE INFECTIEUSE DE VOISINAGE. — Nous avons

déjà exposé au chapitre d'anatomie les travaux de Gaillard et J. Rollet, qui établissent l'existence de connexions vasculaires entre le réseau sphénoïdal et le système ophtalmique, par l'intermédiaire de veinules et surtout des vaisseaux ethmoïdaux postérieurs.

Ces auteurs ont retrouvé également sur plusieurs pièces de petits orifices osseux mettant en communication la cavité sphénoïdale avec le canal optique et la gouttière caverneuse.

L'agent infectieux serait propagé à la faveur de ces connexions.

Evidemment, les veinules allant directement du sinus sphénoïdal aux gaines du nerf optique n'expliquent qu'incomplètement les faits, car il faudrait admettre qu'arrivés aux veines des gaines, les produits microbiens ou toxiques parviennent au globe oculaire à contre-courant.

En dépit des difficultés que l'on peut trouver dans l'étude de cette théorie, nous avons tendance à l'admettre, car elle a l'avantage de s'adapter à toutes les sinusites, tandis que la théorie de Ziem ne peut être admise que lorsqu'il s'agit d'altérations nasales qui, seules, se développent sur un tissu érectile.

Disons, en terminant, que, contrairement à l'opinion de Sieur et Jacob, pensant qu'il existait des communications lymphatiques entre les sinus et les régions avoisinantes, aucune communication lymphatique n'a encore été établie entre les sinus postérieurs et la gaine du nerf optique. Il ne saurait donc être question d'un rôle joué par ces vaisseaux.

CHAPITRE V

Symptomalogie

IRITIS. — Les lésions sont habituellement unilatérales et localisées du côté de la sinusite. Si l'atteinte sinusienne est bilatérale, l'iritis peut être également bilatérale. C'est le cas de Kellner et Canuyt, dont nous rapportons l'observation.

Le début peut être aigu ou insidieux, il est habituellement rapide, s'accompagnant de douleurs marquées du type ciliaire. On peut observer tous les signes physiques habituels des iritis.

L'un des plus constants consiste dans la vascularisation anormale du segment antérieur, résultant de la dilatation des vaisseaux profonds de la sclérotique dans sa région ciliaire. Ces vaisseaux ont une direction radiaire et rectiligne, alors que les vaisseaux conjonctivaux présentent une sinuosité marquée.

La couleur de l'iris présente presque toujours une légère modification, surtout lorsque l'iris est peu pig-

menté. Cela tient à la vascularisation anormale de l'iris.

La pupille est contractée du côté enflammé ; si la pupille est, au contraire, dilatée, et si l'on peut écarter l'idée d'une instillation d'atropine, il faut craindre le glaucome secondaire, qui commande une thérapeutique spéciale.

Le contour pupillaire présente moins de netteté et de régularité, montrant le tissu irien un peu épaissi et les détails estompés.

Il y a, dans la plupart des cas, un léger trouble de l'humeur aqueuse, résultat de l'issue de quelques éléments cellulaires.

La pupille étant dilatée par instillation d'atropine, on constate l'irrégularité de son contour, due à la présence de petites brides adhérentes à la cristalloïde antérieure ; ce sont les synéchies.

Des dépôts pigmentaires sont disposés sur la cristalloïde et correspondent au bord de l'iris, avant dilatation. Ces dépôts persisteront longtemps après l'évolution de l'iritis.

Le trouble visuel constitue le symptôme fonctionnel le plus constant. Le malade déclare que sa vision est moins nette du côté malade.

Il existe fréquemment une photophobie parfois très intense, survenant souvent par crises paroxystiques, et résultant d'une sensibilité douloureuse produite par la lumière.

Lorsqu'on aura affaire à une forme absolument indolore, on devra penser à l'iritis tuberculeuse.

En somme, cette symptomatologie est celle de toute

iritis simple, les iritis d'origine sinusique ne présentant pas de signes caractéristiques.

Ce qu'il importe de déterminer, c'est la cause de l'iritis, et lorsque l'étiologie restera dans le doute, il sera nécessaire d'explorer les sinus avant d'étiqueter ces iritis de rhumatismales, comme on a trop souvent tendance à le faire.

Il s'agit tantôt d'une forme parenchymateuse pure, tantôt d'une iritis séreuse, tantôt enfin d'une forme mixte, comme dans notre observation n° 1, iritis séro-plastique.

L'évolution de ces iritis peut se faire de diverses façons, il est intéressant de constater que, tant que le diagnostic étiologique n'est pas fait, il n'y a aucune tendance à la guérison spontanée.

L'infection peut être assez aiguë pour produire un hypopyon, mais ce fait est rare.

La propagation peut se faire du corps ciliaire à la choroïde, mais habituellement l'évolution se fait par le passage à l'état chronique ou l'hypertension secondaire. On peut voir enfin se produire des poussées d'iritis à répétition.

Ce qui complique le plus fréquemment l'iritis, ce sont les adhérences irido-capsulaires; ces adhérences faibles au début, deviennent ensuite très fortes et définitives; les fonctions pupillaires sont gênées, les tiraillements iriens qui résultent de l'accommodation sont une cause permanente d'inflammation et ont une grande importance dans l'explication de ces iritis à répétition.

Le pronostic visuel des iritis par sinusite est donc

sérieux et on n'observe guère en pareille matière les guérisons plus complètes que l'on peut avoir lorsqu'une autre cause d'iritis est en jeu.

IRIDO-CHOROÏDITES. — Il existe également des cas où l'infection touche simultanément le tractus uvéal en entier. Lorsqu'on a affaire à ces besoins complexes, il est difficile de préciser la localisation oculaire initiale.

Ici encore, nous ne trouvons pas de signes pathognomoniques, mais seulement les signes et symptômes communs à toute choroïdite séreuse.

On constate un trouble du vitré, limité à sa partie antérieure ou l'envahissant en totalité et coïncidant avec de l'injection péri-kératique, de l'iritis. Il existe alors de la douleur péri-orbitaire et des troubles visuels importants. La tension oculaire est souvent supérieure à la normale. Parfois, l'inflammation séreuse aboutit à la formation d'exsudats multiples, qui conduisent à l'irido-choroïdite plastique.

Dans le cas que nous avons pu observer, la malade a présenté d'abord une iritis et le fond d'œil n'a pu être examiné qu'après atropinisation, mais il est probable que les lésions iriennes étaient contemporaines; il s'agissait d'iritis avec décollements rétinien, non flottants.

L'évolution de ces lésions est assez variable suivant les cas; d'une manière générale, et surtout si la lésion causale n'est pas décelée, l'évolution est grave et se fait vers une réduction marquée de l'acuité visuelle. Le glaucome secondaire est toujours à redouter.

Notre deuxième observation montre que si les lésions chorio-rétiniennes ne sont pas trop accentuées, et si la sinusite est traitée à temps, on peut voir des améliorations considérables avec retour de l'acuité visuelle.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic étiologique des lésions du tractus uvéal, est en général assez aisé. La plupart du temps, il s'agit de sinusites franchement suppurées, mais on devra toujours se méfier de ces sinusites latentes, sans symptôme apparent, qui ne se manifestent que par des signes oculaires.

Même en présence d'une sinusite manifeste, on devra se demander si une autre cause n'est pas en jeu, et c'est en définitive à l'examen général que l'on sera obligé d'avoir recours pour établir la cause.

On éliminera tout de suite la syphilis par tous les procédés d'investigation : interrogatoire, Wassermann, examen complet du malade; on recherchera avec soin toutes les autres causes habituelles d'iritis : Traumatismes, rhumatisme, troubles menstruels, blennorrhagie, maladies infectieuses, tuberculose.

Le diagnostic de la sinusite est en général facile ; les signes en ont été minutieusement décrits par le professeur Rollet, dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*.

Le plus souvent, il s'agit de cas chroniques, les signes rhinoscopiques et le rejet de pus imposent le diagnostic ; le malade se plaint de lui-même et l'attention de l'observateur est tout de suite orientée.

Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de sinusites latentes ; bien souvent les rhinologistes consultés affirment l'absence de tout symptôme nasal ; pour eux, une lésion sinusienne implique forcément l'existence d'une suppuration endonasale et des signes radiographiques nets.

Les *signes rhinoscopiques* devront être recherchés très minutieusement ; l'état brillant de la muqueuse nasale et la sécrétion aqueuse, ont, pour Liebault, une valeur particulière. Ces petits signes sont souvent unilatéraux et nécessitent une comparaison avec la fosse nasale restée saine.

Sargnon signale l'hypertrophie souvent polypôïdale de la queue du cornet moyen, lésion souvent notée. On procédera tout d'abord à un examen sans adrénalinisation, qui permettra d'apprécier le calibre de la fosse nasale, le degré d'obstruction de la fente olfactive. On dénotera parfois une hypertrophie polypôïdale du cornet, ou une déviation de la cloison.

Après application de cocaïne adrénalinée, on pourra voir persister des hypertrophies massives, non rétractives, des cornets moyens.

Il sera parfois possible d'apercevoir l'orifice du si-

nus par lequel on verra s'écouler du pus après cathétérisation.

La rhinoscopie postérieure permettra d'examiner la queue des cornets, ainsi que le bord des choannes parfois enduit de sécrétions discrètes.

La *radiographie* donne des résultats assez variables, suivant les cas.

C'est dans l'empyème, avec peu de signes rhinologiques, qu'elle permet d'obtenir les renseignements les plus précieux en montrant une cellule ethmoïdale postérieure ou un sinus sphénoïdal se détachant en serrure.

Dans les sinusites purement catarrhales, la radio donne des résultats souvent trompeurs; c'est ainsi que Wecker a présenté 7 observations de malades qui subirent la trépanation sphénoïdale après examen radiographique, montrant des sinus postérieurs obscurs.

Il n'a pu trouver de lésions de la muqueuse des sinus et on n'observa pas d'amélioration visuelle consécutive.

La radiographie, bien qu'elle donne peu de renseignements, au point de vue du diagnostic, est néanmoins toujours à réclamer en pareil cas, car elle donne des indications opératoires importantes, et surtout des renseignements sur les dimensions des sinus avant les interventions que l'on aura à pratiquer.

La *transillumination* ou *diaphanoscopie*, fournit des résultats identiques à ceux que l'on obtient avec les sinus antérieurs.

Elle est inconstante et donne des signes de probabilité et non de certitude.

« La radiographie, dit Samengo, est supérieure à
« la transillumination, mais cette dernière peut four-
« nir, dans certains cas, des données précieuses pour
« réfuter ou confirmer au contraire un diagnostic. »

La *ponction exploratrice*, a été préconisée par Zuckerkandl, qui l'a pratiquée le premier. Cette méthode avait été abandonnée parce que aveugle et trop compliquée.

Elle a été reprise de nos jours : sous anesthésie, on accède à la cellule ethmoïdale postérieur, par la voie du méat moyen qui est la plus facilement praticable; le trocart et la canule sont introduits au sommet du méat, ils glissent vers le haut en arrière jusqu'à ce que la pointe vienne buter sur la racine oblique du cornet moyen. On ponctionne, on ajuste au trocart une seringue contenant de l'eau distillée stérile et on pratique le lavage de la cellule.

Le liquide retiré est examiné bactériologiquement.

Cette méthode délicate devra toujours être confiée à un rhinologiste expérimenté.

Citons, en terminant, le *cathétérisme* de l'ostium, pour lequel plusieurs méthodes s'offrent au choix de l'opérateur.

Sa réalisation est possible dans la plupart des cas si l'on a la patience d'utiliser les divers procédés. Il ne présente, en tout cas, aucun danger.

Observations

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

*Iritis séroplastique symptomatique d'une sinusite
sphénoïdale suppurée*

Jeune fille de 23 ans, entrée le 2 septembre 1925 dans le service du professeur Rollet.

Antécédents personnels entachés de tuberculose : Tumeur blanche du genou en 1916. Adénite bacillaire en 1919. Péritonite tuberculeuse en 1920. Castration totale pour salpingite tuberculeuse en 1922.

Depuis 1921 mouche du pus des deux côtés et présente, depuis de longues années, des douleurs fronto-orbitaires et occipitales. Crises d'éternuement le matin.

Le 2 septembre 1925, on note O.G. V. = 2/3; O.D. V. = 1/15. Injection périkératique avec douleurs ciliaires spontanées et à la pression. Retrecissement de la pupille.

L'examen au Gullstrand montre l'existence d'une inflammation plastique de l'iris avec participation de la membrane de Descemet. Il s'agit donc d'une forme mixte séro-plastique.

L'examen rhinoscopique montre du pus sur le plancher des fosses nasales et dans la partie postérieure du pharynx. Les cornets sont recouverts de croûtes. Il s'agit d'ozène (Docteur Sargnon).

On traite la malade par l'atropine et l'antisepsie nasale. On lui fait également de la galactothérapie.

Le 15 octobre 1925, amélioration, mais dilatation incomplète de l'iris; persistance de réaction oculaire.

Le 6 novembre 1925 nouvel examen rhinoscopique, confirmant l'existence d'ozène avec participation de la région ethmoïdo-sphénoïdale droite.

Intervention (Docteur Sargnon). — Ablation de la partie postérieure du cornet moyen droit sur une longueur de 1 cm. 1/2, 2 minutes; après l'ablation on voit nettement sourdre du pus au niveau de l'orifice sphénoïdal.

17 novembre 1925 : Amélioration manifeste à la suite de l'intervention : O.G. = 1/2; O.D. = 1/4.

Un examen bactériologique montre la présence de bacilles de Loeffler du type long. La malade passe quelques jours au service d'isolement.

Le 7 décembre 1925, la malade est traitée pour otite; il existe toujours un peu d'injection périkeratique.

La Réaction de Wassermann a été négative le 5 septembre 1925.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Iritis et irido-choroïdite symptomatique d'une sinusite ethmoïdale

Femme de 31 ans, entrée à la Clinique du Professeur Rollet le 5 novembre 1924.

Aucun antécédent spécial; mariée, mère de deux enfants.

Début de troubles oculaires au début de juillet 1924 par diminution de la vue du côté gauche; on constate une iritis aiguë du type parenchymateux pur; peu de douleurs.

Wassermann négatif.

O. G. V. : compte les doigts à 1 mètre.

Devant l'absence d'étiologie nette, la malade est traitée par l'atropine et la galactothérapie.

Après dilatation de l'iris on constate l'existence de lésions

rétiniennes de l'œil gauche; du côté nasal, placard blanchâtre non bordé de pigments, faisant saillie au-dessus de la rétine avoisinante; petites hémorragies périphériques. L'aspect général est celui d'un décollement réappliqué avec rétinite proliférante. L'examen rhinoscopique du Docteur Sargnon montra un très gros cornet moyen droit. Après adrénaline flots de mucus coulant en stalactites dans la fosse nasale gauche, se reproduisant après l'écouvillonnage et venant de la région ethmoïdale postérieure.

Le 22 décembre 1924, M. Sargnon résèque la partie postérieure du cornet moyen. Deux jours après l'acuité visuelle est bien meilleure.

O.G.V. = $1/3$, mais le fond d'œil a le même aspect. La malade a été vue le 4 février 1925, la vision était toujours satisfaisante, $1/3$, et il n'existe plus de signes de réaction irienne. Même état du fond d'œil.

OBSERVATION III

(CANUYT)

Iritis bilatérale symptomatique d'une sinusite sphénoïdale catarrhale

Il s'agit d'une malade qui avait été soignée depuis plusieurs années pour des poussées d'iritis à répétition.

Les traitements classiques ayant échoué, on examine les sinus du sujet : on remarque une hypertrophie des cornets inférieurs et surtout moyens. L'intervention eut lieu d'abord du côté droit et porta sur les cornets et l'ethmoïde. Aucun résultat. La trépanation du sinus sphénoïdal droit fut décidée et l'œil droit guérit rapidement. Plusieurs mois après, l'œil gauche étant atteint à son tour d'iritis, la malade réclame la même intervention. La trépanation des sinus postérieurs de ce côté occasionne également la guérison de l'œil gauche.

OBSERVATION IV

(ALLEN)

Iridocyclite et sphénoïdite

Enfant de 16 ans qui, en août 1922, entre à l'Hôpital Pres-

bytérien pour une affection intestinale : coliques avec érosions superficielles de la muqueuse du rectum. Il présentait depuis plusieurs années une suppuration nasale gauche dont le traitement consistait en irrigations continuées pendant plusieurs semaines. C'est alors que se développe une conjonctivite aiguë avec douleurs violentes et photophobie ; iris gauche légèrement décoloré. Des applications chaudes et des instillations d'atropine sont ordonnées.

Cinq jours après l'iritis s'aggrave par formations de synéchies et de précipités à la partie inférieure de la cornée avec début analogue à l'œil droit.

Traitement par la dionine à 5 % et les peptones.

Une instillation d'atropine dilate régulièrement la pupille droite tandis que la gauche demeure irrégulière. Les milieux de l'œil droit paraissent clairs et le fond normal. A l'examen de l'œil gauche léger brouillard attribuable à l'exsudat de la cristalloïde le vitré étant absolument clair. La papille était légèrement œdématisée. Son contour un peu effacé et les vaisseaux quelque peu dilatés.

On se décida alors à pratiquer une intervention. Les cornets sont réséqués et on pratique la trépanation des sinus postérieurs.

Le malade est guéri le 12 novembre.

La vision à ce moment était, à droite, de 2/5 ; à gauche, de 2/7.

Le fond d'œil est normal des deux côtés.

OBSERVATION V

(MORGAN)

Iritis consécutive à une ethmoïdite suppurée

G... M..., 26 ans, se présente à la Clinique avec une iritis très accusée de l'œil gauche.

Le 31 août 1921, j'observais une inflammation datant de cinq jours ; son état étant grave, il entra à l'hôpital. Le Wassermann est négatif, les urines sont normales ; il n'y a pas de gonococcie. La radio montre une ombre marquée du sinus

ethmoïdal avec atrésie des méats moyen et supérieur gauches.

Les cornets étaient atrophiés et présentaient des cryptes desquelles on exprimait une grande quantité de matière caséeuse.

Dans ces conditions, et devant la persistance de l'iritis, il fut décidé d'opérer d'urgence, et une résection sous-muqueuse fut faite. Les cellules ethmoïdales furent exanthérées, elles contenaient un pus épais, verdâtre, les cornets furent réséqués au même moment.

Cette décision ne laissa pas de regret. L'iritis s'intensifia dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération.

L'examen suivant de l'œil montra la disparition de la sévère inflammation.

OBSERVATION VI

(FAGE)

Iritis consécutive à un ozène des fosses nasales

Malade de 22 ans, enfance scrofuleuse. Impétigo du cuir chevelu, adénites; n'a jamais souffert des yeux; ni rhumatisme, ni blennorragie, ni syphilis. Au début de janvier, sans cause apparente que l'action du froid, l'œil gauche devient rouge, larmoyant, sensible à la lumière. L'humeur aqueuse se trouble, la pupille se resserre. Quinze jours plus tard, l'œil droit devient malade à son tour, mais ici l'affection prend d'emblée les allures d'une irido-choroïdite. L'injection péri-kératique est très vive. La pupille retenue par de nombreuses synéchies qui résistent à l'atropine échappe bientôt à l'examen à cause d'un épais dépôt sur la membrane de Descemet. La tension est diminuée, les douleurs s'irradient au pourtour de l'orbite; cet œil ne distingue plus que les mouvements de la main.

En recherchant l'origine des accidents oculaires de ce malade, je fus frappé de l'affaissement de la racine du nez.

Dilatation des cavités nasales, atrophie complète des cornets, aspect mamelonné de la muqueuse tapissée de mucosités épaisses et desséchées.

Traitement par lavages au sublimé du sac conjonctival et des voies lacrymales. Irrigations nasales chaudes, attouchement nasal à l'ichtyol et au chlorure de zinc faible; atropine, cocaïne, vaporisations chaudes.

Amélioration assez rapide du côté de l'œil gauche; mais l'état de l'œil droit reste stationnaire.

Fin février, la face postérieure de la cornée commence à s'éclaircir, l'œil reprend sa tension; l'injection conjonctivale diminue.

Fin avril, l'œil droit est seulement un peu injecté. Les cornées sont éclaircies. Les papilles restent encombrées par des exsudats.

OBSERVATION VII

(BERGER)

Iritis consécutive à une rhinite purulente survenue au cours d'une tumeur des fosses nasales.

Le malade est un marin anglais de l'île de Jersey, âgé de 21 ans. Il vient à Paris pour une tumeur de la cavité nasopharyngienne qui pénètre dans les fosses nasales provoquant de la rétention des sécrétions nasales et de la rhinite purulente.

Le 16 avril on constate chez ce malade une iritis plastique du côté droit avec acuité visuelle de 2/5.

Fin avril, ce malade se décide à faire opérer la tumeur, mais cette dernière ne peut être enlevée que d'une façon incomplète. L'iritis s'améliore cependant.

Le 16 juillet, nouvelle rechûte de l'iritis; le malade se plaint en même temps de bourdonnements d'oreille. La tumeur est enlevée. L'opération réussit complètement. L'iritis guérit avec acuité visuelle normale.

CHAPITRE VII

Traitement

La thérapeutique des lésions du tractus uvéal consécutives aux sinusites, doit être évidemment une thérapeutique essentiellement étiologique; elle sera donc l'œuvre du rhinologiste.

Mais on aura néanmoins recours à l'ophtalmologiste pour appliquer le traitement habituel à ces affections.

La première indication est la dilatation de la pupille, qui a surtout pour but de rompre les synéchies et de diminuer leur importance en agrandissant le contour pupillaire.

Les collyres habituellement usités sont l'atropine et la duboisine. On associera la cocaïne à ces alcaloïdes, ce qui en facilite l'absorption et diminue momentanément la sensibilité oculaire.

On pourra y adjoindre la dionine, dans le but de calmer les douleurs.

Enfin, si la vascularisation conjonctivale et épisclérale est intense, on pourra faire précéder l'instillation du mydriatique par celle d'un collyre d'adrénaline ; l'effet vaso-constricteur rendra l'absorption plus considérable.

Collyre avec :

Adrénaline 4 grammes

Solution mère à 1/1000°

Eau stérilisée 6 grammes

2 gouttes, 2 à 3 fois par jour.

Chez certaines personnes sensibles à l'atropine, et chez lesquelles l'instillation de cet alcaloïde entraîne une inflammation conjonctivale particulière (conjonctivite atropinique) ou des phénomènes d'intoxication (sécheresse de la gorge, maux de tête, etc...) on aura recours à la duboisine :

Sulfate de duboisine 0,05

Eau distillée 10 gr.

Si la douleur augmente manifestement une heure après l'instillation du collyre mydriatique, on lui substituera le collyre myotique suivant :

Collyre avec :

Nitrate de Pilocarpine 10 centigr.

Eau distillée 10 gr.

2 gouttes, matin et soir.

A cette action sur l'iris, on ajoutera comme calmant l'emploi de la chaleur humide d'une part, et, d'autre

part. les analgésiques variés : aspirine, pyramidon, phénacétine, antipyrine, etc...

Les émissions sanguines à la tempe utilisées autrefois semblent amener parfois une rémission passagère, mais sont sans action sur le processus infectieux.

Beaucoup d'ophtalmologistes emploient depuis une dizaine d'années les injections de lait dans le traitement de l'iritis ; la méthode consiste à injecter sous la peau 3 cmc. de lait écrémé et bouilli. Il est bon de ne pas dépasser 4 injections, une tous les deux jours. Ces piqûres sont un peu douloureuses et déterminent une réaction fébrile avec céphalée, insomnie et nausées.

Nous avons déjà montré que tant que le diagnostic étiologique n'est pas fait, il n'y a aucune tendance à la guérison spontanée et l'évolution se fait par le passage à l'état chronique.

Il faut donc poser en principe que tout malade atteint d'iritis ou d'irido-choroïdite, chez lequel on constate des lésions nasales ou sinusiennes, doit être opéré, aucune contre-indication ne pouvant être admise.

Un bon drainage du foyer sinusien d'origine devra être assuré.

Quand le sinus sphénoïdal sera pris, il faudra d'abord enlever la partie postérieure du cornet moyen, pour dégager le carrefour ethmoïdo-sphénoïdal, mais aussi agrandir l'orifice naturel du sinus sphénoïdal. La résection du cornet moyen ne présente que de rares accidents : hémorragie, en général légère, due à une des branches de l'artère sphéno-palatine.

L'infection locale est très exceptionnelle, mais le tamponnement devra être évité dans la mesure du possible, car il favorise l'infection méningée; en cas de nécessité, il devra être très court, quelques heures seulement, vingt-quatre heures maximum.

Plusieurs jours avant l'opération, on pratiquera une désinfection locale, par des inhalations balsamiques, des pulvérisations d'adrénaline ou des applications de pommade à l'adrénaline.

Ce procédé qui est le plus simple, le plus inoffensif, est préférable à celui de Segura, ou procédé de l'ouverture des deux sinus sphénoïdaux, par la cloison, opération notablement plus grave et dans laquelle on peut s'égarer plus facilement; de plus, elle a l'inconvénient de ne pas agir sur l'ethmoïde, et d'ouvrir les deux sinus sphénoïdaux quand un seul souvent est pris.

Les différents points du traitement rhinologique que nous étudions ici, ont été exposés par M. le Docteur Sargnon, dans son article sur les sinusites postérieures, que nous signalons dans notre bibliographie.

Les résultats immédiats qu'il a obtenu par ce procédé ont été excellents, et se sont manifestés par une amélioration visuelle notable, lorsque des synéchies anciennes n'avaient pas déjà compromis le pronostic.

Un diagnostic étiologique précoce, une intervention précoce assurant un bon drainage, constituent donc la conduite générale à tenir.

Conclusions

I. — Au cours des infections, suppurées ou non, des Sinus postérieurs (Cellules ethmoïdales et Sinus sphénoïdal), on peut observer des complications inflammatoires du côté de l'iris.

C'est ainsi que nous pouvons rapporter sept cas d'iritis paraissant symptomatiques d'états infectieux sinusiques ; deux de ces cas inédits, ont été recueillis à la clinique du professeur Rollet.

II. — Ces iritis d'origine sinusienne présentent les signes objectifs (injection périkeratique, décoloration de l'iris...) et les signes subjectifs (douleur ciliaire...) que l'on note dans toute iritis d'origine banale.

Ces iritis peuvent être simples, ou compliquées (irido-cyclite avec hypotonie ou iritis glaucomateuse avec hypertonie).

III. — La pathogénie est discutable ; quatre théories peuvent être invoquées : nerveuse ou réflexe ; vasculaire ; infectieuse métastatique ; infectieuse de voisinage.

Nous repousserions volontiers, l'idée d'une septi-

cémie avec localisation oculaire, en raison du bon état général de tous nos malades et, dans la plupart des cas, nous admettrions la possibilité d'une propagation au segment antérieur du tractus uvéal de l'œil, de germes infectieux de la muqueuse sinusienne, à la faveur des nombreuses relations vasculaires, surtout veineuses, que nous mettons en relief.

IV. — On reconnaîtra l'iritis à ses signes ou à ses complications classiques ; quant au diagnostic de l'état causal, tout sinus sera attentivement examiné (rhinoscopie, radiographie, transillumination, cathétérisme).

V. — Au point de vue thérapeutique, on prescrira les mydriatiques pour l'iritis ; ils seront suspendus en cas d'hypertonie et remplacés par les myotiques.

La sinusite ethmoïdale sera traitée par la résection de la queue du cornet moyen qui permettra d'assurer un drainage.

Lorsque le sinus sphénoïdal sera intéressé, il y aura lieu en outre d'agrandir son orifice naturel.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, ROLLET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
LE VICE-PRÉSIDENT,
JEAN LEPINE.

Bibliographie

- ALLEN. — Irido-cyclitis and neuro retinitis with sphenoïditis
American Journal of Ophthalmology, 1924, p. 302.
- BERGER. — Les maladies des yeux dans leur rapport avec la
pathologie générale. (Masson, Paris, 1892.)
— *In Thèse de Tacquet*, Paris, 1894.
- BOURDON. — Le canal nasal. *Thèse de Lyon*, 1923.
- BRANDES. — Trois cas de chorio-rétinite aiguë d'origine eth-
moïdale. *Société Française d'Ophthalmologie*, mai 1922.
- CALDERON. — Irido-chloroïdite infectieuse. *Thèse de Paris*,
1896.
- CANUYT. — Iritis bilatérale. *Société d'Oto-Neuro-Oculistique
de Strasbourg*, nov. 1925.
- CANUYT. — Affections latentes de l'ethmoïde et du sphénoïde
et leurs complications ophtalmiques. *Revue d'Oto-
Neuro-Oculistique*, février 1923, p. 101.
- CANUYT, TERRACOL et LÉGER. — Les sinus postérieurs (*Société
Anatomique de Strasbourg*, 21 nov. 1923).
- CARBONE. — Etude des affections oculaires d'origine nasale
Archives italiennes d'Otologie, juin 1904.
- CHÉREAU. — Contribution à l'étude des troubles oculaires dus
aux sinusites latentes. *Thèse de Paris*, 1923.
- COFFIN. — Affections oculaires consécutives à des affections
nasales ou sinusiennes (*The Laryngoscope*, août 1912).

- COLRAT. — Contribution à l'étude des névrites rétro-bulbaires et des inflammations du tractus uvéal consécutifs aux sinusites péri-orbitaires. *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, 1926.
- CUÉNOD. — Deux cas de dacryocystite ozéneuse (*Archives d'Ophtalmologie*, 1894, p. 495).
- DELON. — Sinusites fronto-ethmoïdales. *Thèse de Lyon*, 1898.
- DENIS VACHER. — Complications orbito-oculaires des sinusites *Société Française d'Ophtalmologie*, mai 1914, p. 623.
- DESPAGNET. — Rapports entre les maladies des yeux et les maladies du nez. *Société Française d'Ophtalmologie*, 1889, p. 176.
- DOWLING. — Sinus surgery as applied to eyes and general health. *Journal of Ophthalmology otology and laryngology*, 1921, p. 25.
- DUPUY-DUTEMPS. — Irido-choroïdites au cours des infections aiguës. *Société Française d'Ophtalmologie*, mai 1922.
- ETIENNE. — Symptômes oculaires et orbitaires dans la sinusite sphénoïdale. *Thèse de Paris*, 1921.
- FAGE. — Iritis ozéneuse. *Société Française d'Ophtalmologie*, 1895, p. 195.
- FESTAL. — Les veines de l'orbite. *Thèse de Paris*, 1887.
- FRINDENBERG. — Visual symptom of accessory sinuses disease. *Ophthalmology*, 1913, p. 186.
- FROMAGET. — Iritis et sinusite maxillaire. *Société Française d'Ophtalmologie*, mai 1893.
- GAILLARD et J. ROLLET. — Anatomie du sinus sphénoïdal. *Oto-Rhino-Laryngologie*. Lyon, oct. 1923.
- GRADLE. — On intra ocular disease brought on by disease of the nasal sinuses. *Ophthalmology*, avril 1909.
- GREEN. — Ocular signs and complications of accessory sinuses diseases. *Ophthalmic Record*., juin 1906.
- GUILLEMAIN-TERSON. — Complications orbito-oculaires des sinusites. *Gazette des Hôpitaux*, mai 1892.

- HOLMES. — Disease of the eye secondar to pathologic changes in the nose and accessory sinuses. *Journal of Ophthalmology*, déc. 1909.
- KAPLAN. — Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intracranienne et orbitaire. *Thèse de Paris*, 1891.
- LANNOIS. — Maladies du nez, des oreilles, du larynx. *Doin, édit.*, 1908.
- DE LAPERSONNE. — Complications orbito-oculaires des sinusites. *Rapport à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie*, Paris, mai 1921.
- LEWEMBERG. — Le microbe de l'ozène. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.
- LIÉBAULT. — Complications oculaires des sinusites. *Société Française d'Ophtalmologie*, mai 1924.
- MAGITOT. — Contribution à l'étude de la circulation artérielle du nerf optique. *Thèse de Paris*, 1908.
- MORAX. — Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal. *Société Française d'Ophtalmologie*, 1896, p. 415.
- MOREAU. — Manifestations orbito-oculaires de la sinusite sphénoïdale. *Thèse de Lyon*, 1905.
- MORGAN. — Monocular iritis from local infection in the nose. *Am. Journal of Opht.*, 1924, p. 459).
- PANAS. — De l'iritis. *Médecine Moderne*, mars 1898.
- ROBINE. — Iritis d'origine nasale. *Thèse de Paris*, 1900.
- ROHMER. — Complications orbito-oculaires de la sinusite ethmoïdale. *Revue Médicale de l'Est*, juin 1895.
- ROLLET. — Sinusites péri-orbitaires. *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, 1909.
- Anatomie des sinus. *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, 1903.
- ROLLET, SARGNON et COLRAT. — Iritis et irido-choroïdite par sinusite postérieure. *Société d'Ophtalmologie de Lyon*, 8 déc. 1925.
- ROMME. — Traitement de l'iritis. *Presse Médicale*, 24 janv. 1923.

- SARGNON. — Retentissement des affections des sinus et du nez sur l'œil. *Clinique et Laboratoire*, sept. 1925.
- Sinusites latentes postérieures et lésions du nerf optique. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1924.
- SAMENGO. — La transillumination sphénoïdale. 2^e Congrès National de Médecine, Buenos-Ayres, oct. 1922.
- SCHLITZER. — Complications oculaires dans les affections des sinus *Schweiz. Med. Woch.*, 2 déc. 1920.
- SIEUR et JACOB. — Fosses nasales et leurs sinus. *Paris, Doin*, 1901.
- STANCULEANU. — Les rapports anatomiques et pathologiques des sinus. *Thèse de Paris*, 1902.
- STENGER. — Relations entre les affections des sinus des yeux et du nez. *Med. Klinik.*, t. XVI, p. 221.
- STEWART. — Eye and accessory sinuses. *Ophthalmic Record*, juin 1913.
- TACQUET. — Les voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires. *Thèse de Paris*, 1894.
- TERSON et GABRIELIDÈS. — Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des oséneux. *Archives d'Ophtalmologie*, août 1894.
- VADELLA. — Les chorio-rétinites d'origine naso-sinusienne. *Thèse de Lyon*, 1926.
- VAGNON. — Les pansinusites péri-orbitaires. *Thèse de Lyon*, 1908.
- VALUDE. — Rapport des affections oculaires avec les maladies organiques. *Bulletin Médical*, 23 mars 1904.
- VENNEMAN. — Affections du tractus uvéal. *Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, Paris 1906.
- WISSMAN. — Manifestations oculaires secondaires à des affections du nez et des sinus. *Klin. N. f. Augen.*, 1913, p. 249.
- WORMS. — Céphalée et troubles oculaires d'origine sinusale. *L'Oto-Rhino-Laryngologie intern.*, février 1924.
- ZIEM — Iritis et maladies nasales. *Annales des Maladies de l'oreille*, 1893.
- ZUCKERKANDL. — Anatomie des fosses nasales et de ses annexes. *Wien*, 1882.

